

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

Ю.И. Звонарева, Е.А. Редина, Е.Н. Данилова

СЕМЕЙНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ, ИМЕЮЩИХ РЕТИНОПАТИЮ НЕДОНОШЕННЫХ

В последние годы в связи с успехами неонатологии в России появились новые возможности выхаживания недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой тела. По данным Конгресса педиатров РФ недоношенными являются 12% от общего числа новорожденных. Несмотря на значительные успехи медицины частота инвалидизации у глубоконедоношенных в 22 раза выше, чем у детей, рожденных в срок (В.М. Сидельникова, 1996). К этому нередко приводит патология органа зрения, которая может проявляться как ретинопатия недоношенных (РН).

Данное заболевание встречается только у недоношенных детей, причем, чем раньше родился ребенок и чем ниже масса его тела при рождении, тем выше риск возникновения ретинопатии. По данным медицинской статистики ретинопатия недоношенных выявляется в 9-46,9% случаев, а среди глубоконедоношенных с массой тела при рождении менее 1000 гр. – в 69-90%. Факторы риска развития ретинопатии недоношенных следующие:

- 1) масса тела при рождении менее 2000 гр.;
- 2) срок гестации менее 30 недель;
- 3) антенатальные факторы риска (гестоз у матери во время беременности, отслойка плаценты, массивные кровотечения в родах, кесарево сечение, острые инфекции и обострение хронических заболеваний);
- 4) тяжелая асфиксия при рождении (оценка по шкале Апгар менее 4 баллов);
- 5) длительность пребывания ребенка на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) более 3-х дней;
- 6) наличие тяжелых инфекционно-воспалительных заболеваний.

Суть заболевания состоит в том, что незрелые сосуды сетчатки глаза недоношенного ребенка под влиянием различных факторов среды (длительная ИВЛ, свет и др.) и сопутствующих заболеваний ребенка и его матери начинают аномально расти. При прогрессировании заболевания разросшиеся сосуды внедряются в стекловидное тело (прозрачное содержимое глазного яблока), возникает фиброз, в результате которого вероятно отслойка сетчатки, что неминуемо приводит к слабовидению или слепоте пораженного глаза. В зависимости от

степени поражения сетчатки диагностируется пять степеней ретинопатии недоношенных. Если I степень РН означает практическую сохранность зрительных функций, то V степень обычно соответствует полной слепоте, иногда с сохранением светоощущения [4]. По данным Областного центра Ретинопатии недоношенных НПРЦ «Бонум» из 138 детей, состоящих на учете, I стадию заболевания имеют 63 ребенка (61,5%), III-V ст. – 14 (13,5%).

Как известно, зрение – один из важнейших органов чувств человека, посредством которого в мозг поступает более 90% сенсорной информации [9]. Значение зрения в раннем развитии ребенка очень велико, так как, во-первых, отсутствие зрительного опыта создает ситуацию информационного или стимульного вакуума, а, во-вторых, зрительная система позволяет интегрировать информацию из других модальностей [4]. Кроме того, зрительный информационный поток играет положительную роль в формировании познавательного интереса к окружающей среде. Именно поэтому исследовательская активность детей с большими потерями зрения очень ограничена, они относятся к окружающему миру достаточно пассивно. Зрение облегчает формирование мысленных образов, является связующим звеном между внешним миром объектов и движениями человека и, таким образом, создает целостную картину воспринимаемого мира. А разделенное зрительное внимание создает базу для общения и социального взаимодействия [4].

Анализ литературных источников показал, что в последнее время появились единичные работы, в которых исследуется влияние ранней зрительной депривации на психическое развитие детей [3, 4, 14, 15, 18]. Наиболее полное и детальное исследование детей, имеющих врожденную или рано приобретенную патологию зрительного анализатора, проведено И.В. Блинниковой [4]¹. Рассматривая биологические факторы, влияющие на психическое развитие детей с нарушениями зрения (глубокая недоношенность, степень выраженности и время возникновения зрительной патологии, сопутствующие эндокринные и неврологические заболевания), И.В. Блинникова также указывает на необходимость учета факторов окружающей среды. Так, анализ результатов по шкале HOME [4] показал, что матери детей с нарушениями зрения мало взаимодействуют с ребенком, редко обращаются к нему и вступают с ним в тактильный контакт, мало подбадривают его как вербально, так и эмоционально. Кроме того, социо-материальная среда у таких детей оказывается менее

¹ Работа поддержана грантом Российского фонда гуманитарных исследований [4].

вариативной. С ними меньше ходят в гости, мало читают, их набор игрушек ограничен. Другими словами, неблагоприятная социальная среда складывается в результате нарушения контакта между матерью и ребенком, который в первый год жизни поддерживается благодаря «соприкосновению» взглядов, разделенному зрительному вниманию и другим средствам невербального взаимодействия [15].

Л.С. Выготский, признавая ведущую роль речи и социального взаимодействия в развитии ребенка, считал, что, поскольку слепые могут беспрепятственно понимать звуковую речь и использовать ее для узнавания мира, они не должны сталкиваться с серьезными затруднениями в развитии высших психических функций. Поэтому наличие трудностей, с которыми сталкиваются слепые дети, свидетельствует о том, что их социальное взаимодействие и планомерное обучение организовано неэффективно (Л.И. Солнцева. Цит. по: 4, С.52).

На базе Областного центра Ретинопатии недоношенных нами был начат мониторинг психического развития детей, состоящих на учете. На сегодняшний день обследовано 50 детей с РН, из которых 10 имеют III-V стадию заболевания. Оценка уровня развития ребенка проводилась с учетом гестационного возраста по методике «Психологическая диагностика психического развития детей первого года жизни», разработанной О.В. Баженовой [1]². По результатам обследования отмечается комплексный характер нарушений развития ребенка, причем больше всего (особенно у детей с III-V стадией) снижаются индексы голосовых и эмоциональных реакций как более обусловленные не столько логикой биологического развития ребенка, сколько социальным взаимодействием в первые месяцы жизни (см. рис. 1). Причем, если в двигательной и голосовой сферах различия между группами детей с I-II и III-V стадиями невелики, то в эмоциональной это различие значительно. На наш взгляд, это связано с тем, что в последнем случае не формируется полноценное

² Данная методика позволяет получить дифференцированную качественно-количественную оценку состояния развития как всей психической сферы ребенка в целом, так и отдельных групп реакций: двигательных, сенсорных, эмоциональных, голосовых. Методика состоит из нескольких групп заданий, каждая из которых соответствует определенной сфере психической жизни ребенка. Выполненное задание оценивается по четырехбалльной системе (0, 1, 2 и 3 балла). Затем по каждой группе реакций высчитывается индекс развития данной сферы, равный отношению действительного уровня ее развития к нормативному для данного возраста уровню. Психодиагностические критерии методики: ретестовая надежность – 0,84-0,94; критериальная валидность – 0,6-0,95 [1].

взаимодействие в диаде «мать-ребенок». Кроме того, в раннем младенчестве дети с высокой степенью РН по всем показателям практически не отличаются от своих сверстников с I-II стадией. Значительные различия отмечаются лишь после 3-4 месяцев, поскольку роль зрения в инициации и поддержании контакта увеличивается именно с этого возраста.

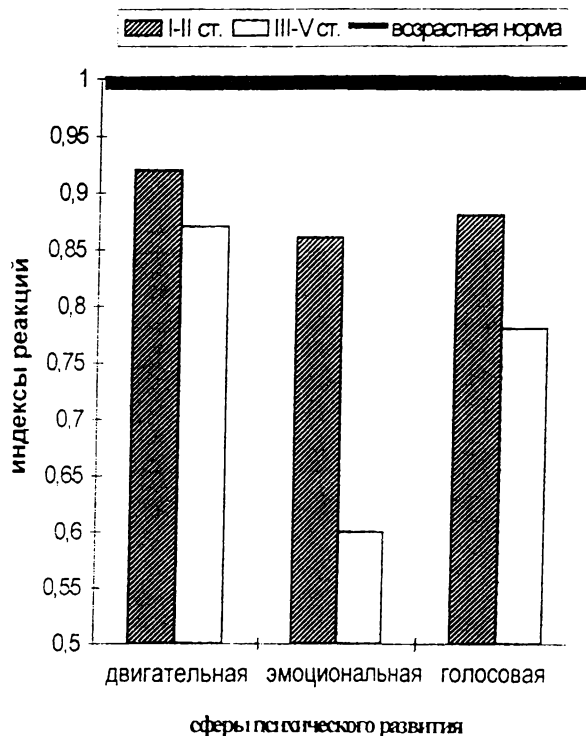


Рис. 1. Психическое развитие детей с РН до 1 года

Данные, полученные нами независимо от других специалистов в этой области, согласуются с результатами исследований, приведенными в литературе [3, 4, 14, 18]. Так, у детей с ранней зрительной депривацией наблюдаются следующие нарушения в моторной, когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах психической жизни младенца.

В двигательной сфере отмечается замедленный темп развития моторики, бедность и шаблонность ее выражения. При этом согласно исследованию И.В. Блинниковой [4], отставание от детей без патологии зрения происходит, прежде всего, в тех движениях, где необходима сенсомоторная интеграция (например, поворот со спины на бок, поднятие головы, дотягивание до игрушки), а также в самоинициируемых движениях (попытки самостоятельно сесть, самостоятельно встать). Однако в движениях, инициируемых тактильной стимуляцией, при удержании позы и баланса (например, удержание сидячей позы), а также разворачивающихся в пространстве схемы тела (тянет руку в рот, перекладывает объект из руки в руку), значимых различий не наблюдается. По мнению И.В. Блинниковой [4], то, что младенцы с нарушенным зрением позже начинают поднимать голову, переворачиваться, садиться, связано с тем, что у них меньше поводов осуществлять это. Действительно, при нормальном развитии эти движения подкрепляются новой информацией, и у ребенка появляется стремление получить ее вновь. При серьезных же нарушениях зрения такого подкрепления не происходит. При этом И.В. Блинниковой [4] отмечается, что в дальнейшем общее моторное развитие происходит гораздо успешнее, и к двум годам отставание в этой сфере практически преодолевается, но начинает явно проявляться задержка развития тонкой моторики.

В когнитивном развитии в первую очередь отмечают нарушение зрительно-моторных и зрительно-слуховых координаций, а также ослабленную реакцию на звуковые стимулы наряду с высокой избирательностью по отношению к ним [4, 14, 15]. Последнее проявляется в том, что дети с нарушениями зрения в большинстве своем отдают предпочтение каким-то отдельным звукам (до 7 месяцев -- это обычно негромкие шуршащие или легко звенящие звуки). Кроме того, до года дети с серьезными нарушениями зрения предпочитают, в основном, хорошо им знакомые звуковые стимулы и очень слабо реагируют на новые. Ослабленная реакция на звуковые стимулы проявляется в том, что ребенок не поворачивается или крайне редко поворачивается в сторону звучащего предмета. Это связано, по мнению Е.А. Сергиенко [15], с тем, что звук при серьезной патологии зрения

изначально не свидетельствует о возможном появлении объекта для его восприятия. Это, в свою очередь, является одним из факторов нарушения детско-родительских взаимоотношений в связи с тем, что ребенок не поворачивает голову, когда кто-то входит в комнату, что-то падает. Родители в этом случае не считают его заинтересованным в событиях, не дают ему объяснений, не обращаются к нему и не разговаривают с ним [4]. Таким образом, звук не является хорошим стимулом ни для развития движений, ни для познания мира, ни для формирования полноценного социального взаимодействия, и поэтому слуховая сенсорная система не может являться главным компенсаторным фактором при отсутствии зрения.

В познавательной сфере при серьезных нарушениях зрения также отмечается отставание в развитии концепции объекта [4, 14]. Согласно классическому подходу, концепция объекта включает понимание его постоянства (непрерывности существования, неискчаемости), непроницаемости (невозможности двух объектов существовать в одной и той же точке пространства, не взаимодействуя друг с другом), невозможности взаимодействия на расстоянии (если объекты разделены в пространстве, они не взаимодействуют), а также простых физических закономерностей. Согласно И.В. Блиниковой [4], нельзя говорить, что у детей с серьезными зрительными нарушениями наблюдается неразвитость концепции объекта. Отсутствие или небольшой остаток зрения приводят к некоторым проблемам в развитии концепции объекта, в частности, в понимании единства свойств, присущих ему; тем не менее, представление о неискчаемом объекте и некоторых физических закономерностях имеет очень ранние (возможно врожденные) основания, не связанные напрямую со зрительным анализатором [4]. Однако, несмотря на отставание в развитии концепции объекта, по данным литературы [4, 14] у детей с нарушениями зрения развивается концепция пространства, что часто служит «разделенной репрезентацией» для построения совместных действий ребенка и взрослого.

Ранние концепции пространства, согласно И.В. Блиниковой [4], изначально опираются на развитие схемы тела, которая является практически единственным ориентиром и точкой отсчета для ребенка с большими потерями зрения. В дальнейшем, когда моторное развитие достигает определенного уровня, у таких детей обнаруживаются возможности пространственного запоминания: они ищут игрушки в известных им частях своих кроваток, ждут мать с определенной стороны. А в полтора-два года они обладают великолепным знанием

собственной квартиры и расположения в ней предметов [4]. Основой формирования такой пространственной репрезентации, которая служит базой для построения взаимодействия между ребенком и взрослым, является стабильность окружающего мира. От 10-ти до 12-ти месяцев, согласно И.В. Блинниковой [4], ребенок уже хорошо знает пространство своей кроватки; он знает, куда кладут его любимую игрушку, и ищет ее там, а не находя, начинает хныкать. Видя малыша на месте «любимой игрушки», родители понимают, чего он хочет и к чему относится его требование. То же самое происходит и при более широком пространственном контексте. Например, ребенок идет на кухню, туда, где всегда получает еду и питье, поднимает руку к столу, хнычет, давая понять, чего он хочет. В данном случае указывание рукой заменяется перемещением ребенка в знакомое ему место в пространстве. Если родители в своей речи используют названия мест в квартире, то пространство получает вербальную маркировку. Часто такой маркировкой обозначают объекты, и тем самым окружающая среда получает объектно-пространственное кодирование [4]. На наш взгляд, эта особенность развития ребенка с нарушениями зрения имеет большое значение, так как на нее можно опираться при реабилитации детей с высокой степенью РН.

В речевой сфере также отмечается некоторое отставание, прежде всего в развитии довербальных коммуникаций и в произнесении первых слов. Кроме того, часто наблюдаются трудности с накоплением словаря и расширением области первоначального применения слов в дальнейшем [3, 4]. Так, дети с серьезными нарушениями зрения чаще используют слова в определенном жестко фиксированном контексте, например, в знакомых ситуациях, в собственных играх, чем при общении. Кроме того, отмечается сужение смыслового контекста слов (ограничение понятийного значения слов «вверху» и «внизу» пространством собственного тела), а также более длительное развитие понимания предлогов.

В эмоционально-поведенческой сфере детей с большими потерями зрения всеми исследователями [3, 4, 14] отмечается скудная эмоциональная экспрессия. С первых месяцев жизни у младенца отсутствует комплекс оживления или улыбка в момент появления взрослого. К тому же дети с ранней зрительной депривацией вообще мало улыбаются, их вокализации однотипны, а эмоциональное общение скудно. Кроме того, по данным М.М. Цетлина и Т.А. Строгановой [18], для них характерен постоянный негативный эмоциональный фон, они очень часто плачут, хнычут независимо от ситуации. Одновременно в их репертуаре много реакций ухода и

избегания (они отворачиваются, пугаются, уходят, отказываются от контакта со взрослым). Согласно И.В. Блинниковой [4], такие дети малоактивны, их внимание трудно привлечь, они предпочитают взаимодействовать с предметами, а не с людьми. Все это приводит к нарушению коммуникативного поведения, к снижению интереса к внешним объектам и недостаточной социальной вовлеченности. В дальнейшем у ребенка могут возникнуть серьезные проблемы в регуляции поведения, что проявляется в возрастании стереотипического поведения (раскачивание тела, головы, сосание пальцев, одежды, надавливание на глаза и др.). Это связывается с недостатком во внешней стимуляции, который испытывают дети, имеющие серьезные нарушения зрения. Именно это и компенсируется посредством стереотипных движений [4].

Таким образом, зрительная патология имеет очень сильное влияние на раннее психическое развитие ребенка. Но, несмотря на то, что дети с ранней зрительной депривацией отстают в развитии от детей с нормальным зрением, во всех сферах у них наблюдается постоянный прогресс [4].

Практически в каждой работе, исследующей характеристики психического развития в ситуации зрительной депривации, подчеркивается, что в единичных случаях развитие детей и с нарушениями зрения, и в норме оказывается примерно на одном уровне (Ferrell K. et al., 1990; Fraiberg S., 1977; Norris M., Spaulding P.J., Brodie F.H., 1957; Reynell J., 1978 [Цит. по: 4]). На наш взгляд, это может быть связано с благоприятными условиями, в которых ребенок находится в семье. Как указывает А.В. Брушлинский [5], истинное развитие возможно при полноценном детско-родительском взаимодействии, истоки которого содержатся в тех родительских установках, которые возникли задолго до рождения ребенка. Так, по мнению Н.В. Самоукиной [13], материнское отношение к ребенку формируется еще до его появления на свет. Мать или любит и желает ребенка, или воспринимает его будущее рождение как лишнюю обузу. Таким образом, ребенок еще не родился, а его психологический «проект»³ уже существует в ожиданиях матери, своим отношением к нему она уже предполагает, что он обладает определенными чертами личности, характера и способностями.

Родительские ожидания, связанные с рождением ребенка, оказываются фрустрированными уже в ситуации, когда малыш

³ Проектирование – это процесс формирования у ребенка или взрослого человека определенных качеств, в котором всегда присутствует модель, выступающая началом процесса формирования и одновременной его целью [13, С. 70].

появляется на свет преждевременно. Согласно Р.Ж. Мухамедрахимову [8], в первые месяцы жизни поведение недоношенных младенцев сильно отличается от поведения вовремя родившихся детей. Они могут быть чрезмерно суетливыми или проводить много времени во сне, не дают ясных сигналов о том, когда хотят есть или спать. Они более беспокойны, чаще отводят взгляд и меньше улыбаются при взаимодействии лицом к лицу. Особенности такого непоследовательного поведения недоношенного ребенка вводят родителей в замешательство. Они испытывают тревогу, связанную с проблемами выживания и развития ребенка. Родители могут избегать ребенка или, несмотря на несоответствие своего поведения сигналам младенца, стимулировать его, еще более ухудшая поведение ребенка и увеличивая свою собственную фрустрацию [8].

Поглощенные каждодневными заботами и тревогами, которые сопутствуют первым месяцам жизни недоношенного ребенка, многие родители, узнав о диагнозе «ретинопатия недоношенных», часто даже не осознают, к каким последствиям может привести эта патология. Столкнувшись же с реальной угрозой слепоты в связи с прогрессированием заболевания, родители вновь переживают страх за здоровье и будущее своего ребенка.

Так, в исследованиях Е.А. Савиной и О.Б. Чаровой [12] особенностей материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии (умственно отсталых и детей с нарушениями слуха) было показано, что детская патология негативно влияет на родительские установки. Известно, что характер материнского отношения к ребенку определяется многими факторами, в том числе тяжестью имеющегося заболевания и характером патологии ребенка. Однако наши наблюдения показывают, что выделенные тенденции проявляются и в семьях, имеющих детей с ретинопатией недоношенных. Поэтому, на наш взгляд, данные исследования могут помочь определить общие характеристики детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями.

Семья, в которой родился ребенок с тяжелым нарушением развития, находится в условиях острой психотравматической ситуации [12]. Рождение «дефектного» ребенка подрывает ожидания и фантазии матери об идеальном и совершенном ребенке. Со временем родительский стресс не уменьшается, а может даже возрасти, что связано с увеличением забот о ребенке и родительским пессимизмом относительно его будущего. Семьи, в которых растет ребенок с нарушениями психического развития, чаще всего проходят через

«классический» паттерн: матери чрезмерно вовлечены в воспитание ребенка, в то время как отцы уходят от ситуации эмоционально или физически [12]. Многие авторы указывают на высокую вероятность распада семьи, которой не удастся преодолеть кризис, вызванный рождением ребенка с тяжелыми нарушениями развития (Hodapp R., 1995, цит. по [12]). По данным Л.Т. Баранской и Н.С. Минаевой [2], матери детей с ограниченными возможностями здоровья часто оказываются в ситуации социального одиночества и изоляции. Кроме того, у них наблюдается фиксация на таких психотравмирующих переживаниях, как неизлечимая болезнь ребенка и отношение к этому со стороны окружающих. Также в исследовании отмечается, что заболевание детей в более чем половине изученных семей осложнило супружеские отношения или привело к их полному разрыву. Авторы связывают это с личностными изменениями, происшедшими с матерями: переживание состояния глубокого жизненного кризиса, сопровождающегося чувством бесперспективности, безнадежности, утратой самооценности и др.

Негативное эмоциональное состояние родителей приводит к все большему отставанию больного ребенка от нормально развивающихся сверстников, поскольку именно мать является основным условием жизнедеятельности ребенка и его развития [7]. Она формирует его как будущую личность, способную противостоять изменениям среды и бороться со стрессами. Мать является для ребенка источником сенсорных и других стимулов, источником удовлетворения его потребностей и посредником между ребенком и раздражителями внешней среды [7]. Для детей первого года жизни, а тем более для зрительно депривированных младенцев, крайне важным является тактильный контакт с матерью [11]. Ребенку необходимы ласковые прикосновения матери, спокойные неторопливые движения. Если же мать находится под влиянием стресса, – руки выдают ее состояние: прикосновения становятся резкими, неточными, неуверенными. Они порождают в младенце состояние дискомфорта и тревоги, ребенок становится беспокойным и плаксивым, что еще больше усложняет жизнь матери. Таким образом, возникает замкнутый круг, который может разорвать только мать. В то же время, если младенец чувствует себя любимым (а чувствует он это только в том случае, если он много общается со спокойной, ласковой матерью, если его потребности быстро удовлетворяются), то у него вырабатывается базисное доверие к миру [11].

В связи с тем, что РН возникает в младенческом возрасте, а в данный возрастной период преобладающим является личностный

компонент родительского отношения [17]⁴, то ведущей потребностью ребенка на этом этапе является потребность именно в эмоциональном общении со взрослым, поскольку для обмена информацией малыш еще не готов. По мнению А.Я. Варги, «эту потребность ни в коем случае нельзя игнорировать, ею нельзя пренебрегать ни ради здоровья, ни ради физического развития» [11, С.64]. Отношение к младенцу как к целостной, уникальной личности, безусловное и безоценочное принятие, аффективно-личностная связь с ним является необходимым условием формирования самоощущения ребенка, выделенности его Я, становления его активности в общении и предметной деятельности [17].

Младенцы с высокой степенью РН попадают в категорию так называемых «трудных детей», когда нарушения родительского отношения проявляются наиболее сильно [10]. В этом случае сигналы, идущие от ребенка трудны в распознавании и интерпретации, а сам младенец часто бывает слишком пассивен. В подобных случаях «трудное» поведение ребенка вызывает у родителей ощущение, что к их родительской компетенции предъявлены чрезмерные требования. Это часто приводит к возникновению синдрома родительского отказа, характеризующегося бессилием и чувством вины, а общение приобретает постоянное декомпенсирующее влияние на ребенка [10]. К тому же, к неприятию ребенка родителями приводит трудность изменения собственных ожиданий и установок по отношению к нему, с одной стороны, и невозможность повлиять на биологический и социальный статус ребенка, - с другой [12].

Вообще, в родительских установках принято выделять три компонента [12]: оценочный, когнитивный и поведенческий.

Оценочный компонент – это оценка родителями объекта или ситуации воспитания. В связи с тем, что ребенок с нарушениями зрения использует очень бедный арсенал средств для привлечения внимания взрослых, то нередко на таких детей вообще не обращают внимания, если они не выражают беспокойство. Обычно родители считают, что спокойно лежащий или сидящий ребенок, не издающий никаких звуков и не смотрящий в их сторону, не требует внимания. Это оказывает негативное влияние на формирование детско-родительского взаимодействия. В отдельных случаях позиция матери

⁴ В своей работе Е.О. Смирнова и М.В. Быкова выделяют два начала, присущих любому отношению: предметное (частичное, связанное с оценочной позицией) и личностное (целостное, порождающее устойчивую и безусловную любовь, сильную эмоционально-аффективную связь) [17].

может быть выражена следующим высказыванием: «Он – слепой, зачем я буду давать ему игрушки?!».

Когнитивный компонент состоит в системе знаний или идей, которые рассматриваются как достоверные и используются для построения стратегии и тактики воспитания ребенка. Так, приведенная выше фраза матери отражает не столько материнскую позицию, сколько сложившийся в обществе стереотип отношения к человеку с «физическим дефектом» [6] как к неполноценному.

Поведенческий компонент родительских установок включает намерения и интенции вести себя определенным образом по отношению к ребенку и проявляется в конкретной практике воспитания. Е.А. Савиной и О.Б. Чаровой [12] показано, что матери детей с нарушением интеллекта, имеют противоречивые родительские установки. С одной стороны, они отвергают ребенка, с другой – устанавливают симбиотические отношения с ним, оказывают ему чрезмерную заботу, стремятся обеспечить ему безопасность.

Таким образом, семья может оказывать как благоприятное воздействие на развитие ребенка с ограниченными возможностями, что соответствует позиции Л.С. Выготского [6, С.108]: «К слепому, глухонемому ребенку, с точки зрения психологической и педагогической, должно и можно подходить с той же меркой, что и к нормальному»; так и неблагоприятное, связанное с неудовлетворением его базовых потребностей. Кроме того, в связи с тем, что РН возникает в младенческом возрасте, какая-либо помощь психолога или педагога может оказываться ребенку только опосредованно, через родителей. Поэтому вопрос реабилитации зрительно депривированного ребенка необходимо рассматривать в семейном контексте. В зарубежных исследованиях (Scorgie K., Sobsey D., 2000 [Цит. по: 12]) также указывается, что воспитание ребенка с нарушениями развития может иметь позитивное влияние как на личностное развитие родителей, так и на функционирование семьи в целом, что связывается отечественными психологами с эффективной работой психологических и социальных служб.

В НПРЦ «Бонум», на базе которого проводится исследование, в течение нескольких лет практикуется системный семейный подход к работе с детьми с врожденными аномалиями развития. В частности, семейный принцип реализуется в медико-психологической программе С.И. Блохиной, Е.С. Набойченко и А.В. Калюша «Ответственное родительство» в системе реабилитации детей с челюстно-лицевой патологией. Одной из основных задач данной программы является «увеличение личностного пространства» как у ребенка, так и у всей

семьи, за счет ранних сроков комплексной медико-социальной реабилитации и открытия ему (ребенку) общества обычного детства, в том числе со всеми трудностями, а для семьи обретение «прежнего равновесия и устойчивости». Ведь именно семья, поддержанная государством, может помочь ребенку не только преодолеть недуг, но и развить имеющиеся у него потенциальные возможности и способности, получить образование, обрести уверенность в себе, своем будущем и стать полезным обществу [16].

Итак, на наш взгляд, необходимым является создание общего медико-психолого-педагогического реабилитационного пространства, в которое будет входить не только ребенок, но и его семья. Основными задачами психолога в этом являются партнерское взаимодействие со специалистами разного профиля, исследование динамики семейных взаимоотношений, мониторинг психического развития детей с ретинопатией недоношенных и создание антикризисных психотерапевтических и психокоррекционных программ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Баженова О.В.* Диагностика психического развития детей первого года жизни. М., Изд-во Моск. ун-та, 1986. 92 с.
2. *Баранская Л.Т., Минаева Н.С.* Опыт применения диалогического подхода в психокоррекционной работе с матерями детей с ограниченными возможностями здоровья // Материалы научно-практ. конференции от 20.10.1998 «Образование детей с особыми возможностями здоровья – образование, обращенное в XXI век». Екатеринбург, 1999, С.29-33.
3. *Баттерворт Дж., Харрис М.* Принципы психологии развития. М.: «Когито-Центр», 2000. 350 с.
4. *Блинникова И.В.* Роль зрительного опыта в раннем психическом развитии детей // Психологический журнал. М., Наука, 2000, т. 21, №3, С. 49-64.
5. *Брушлинский А.В.* Гуманистичность психологической науки // Психологический журнал. М., Наука, 2000, т.21, №3, С. 43-48.
6. *Выготский Л.С.* Принципы воспитания физически дефективных детей // Хрестоматия. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями в развитии. СПб.: Питер, 2002. 256 с.
7. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. СПб.: Изд-во «Питер», 2000. 512 с.
8. *Мухамедрахимов Р.Ж.* Взаимодействие и привязанность матерей и младенцев группы риска // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 1998, №2, С.18-32.

9. Основы психофизиологии: Учебник. / Отв. ред. Ю.И. Александров. М.:ИНФРА-М, 1997. 432 с.
10. Папушек Х., Папушек М., Солоед К. Значение невербального общения в младенческом возрасте для психического развития // Психологический журнал. М., Наука, 2000, Т.21, №3, С. 65-72.
11. Популярная психология для родителей / Под ред. А.С. Спиваковской. СПб.: Союз, 1997. 304 с.
12. Савина Е.А., Чарова О.Б. Особенности материнских установок по отношению к детям с нарушениями в развитии // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2002, № 6, С.15-23.
13. Самоукина Н.В. Симбиотические аспекты отношений между матерью и ребенком // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2000, №3, С.67-81.
14. Сергиенко Е.А. и др. Развитие психических функций у детей с ретинопатией недоношенных в течение первого года жизни // Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных. Материалы симпозиума. Московский научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца. М., 2000. 128 с.
15. Сергиенко Е.А., Строганова Т.А., Ильякова Л.А. Ранняя зрительная депривация: нарушение зрительных функций или изменение психофизиологического развития? // Психологический журнал. М., Наука, 1993, Т.14, №5, С. 48-66.
16. Система организации помощи и коррекционно-обучающие технологии для детей дошкольного возраста с челюстно-лицевой патологией: монография. Екатеринбург: Изд-во «Бонум», 1999. 188 с.
17. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры и динамики родительского отношения // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 2000, №3, С.3-13.
18. Цетлин М.М., Строганова Т.А. Особенности темперамента детей первых лет жизни, перенесших раннюю зрительную депривацию // Вопросы психологии. М., «Школа-Пресс», 1997, №2, С.34-47.

С.И. Блохина, Е.С. Набойченко

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА

Ведущим показателем психологического здоровья, по данным ВОЗ, является социальная адаптация человека в обществе. У большинства детей и подростков с нарушениями слуха различной степени отмечается неспособность своевременно и успешно усваивать необходимые